43e Année — N° 46. Vendredi 13 Novembre 1896

LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Clinique médicale : De l'emploi de l'eau oxygénée pour l'hémostase intrautérine, par le Dr Paul Petit, 741. — **Bibliographie** Manuel théorique et pratique d'accouchement, par le Dr Adrien Pozzi, 745. — **Académie des sciences** : *Séance du 2 novembre*, Présidence de M. Cornu. — Emploi des rayons X pour les recherches anatomiques : angéiologie, développement, ossification, évolution des dents, MM. Ch. Remy et G. Contremoulins, 745. — **Académie de médecine** : *Séance du 10 novembre.* — Présidence de M. Hervieux. Périarthrite coxo-fémorale ostéite épiphysaire de l'extrémité supérieure du fémur, simulant la boxalgie. — Ferment saponificateur des graisses. — Emploi de l'analgène dans la thérapeutique infantile, 746. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du 6 novembre.* — Présidence de M. d'Heilly. — Hystéro-traumatisme, 746. — Dangers du vésicatoire chez l'enfant, 746. — Opalescence et lactescence du sérum chez certains albuminuriques, 747. — Accidents consécutifs à la laryngotomie, 747. — **Société médicale du VIe arrondissement**, 747. — *Séance du 30 novembre* 1895. — Présidence de M. Verchère, 747. — **Congrès français de chirurgie** : Thérapeutique chirurgicale des pieds-bots congénitaux, 749. — Pathogénie des pieds-bots, pieds creux, valgus douloureux, 749. — Traitement des pieds-bots, 750. — **Société de chirurgie** : *Séance du 11 novembre.* — Présidence de M. Ch. Monod, 751. — Traitement du prolapsus rectal, 741. — Ostéome du maxillaire inférieur, 752. — Tumeur de l'encéphale, 752. — Hématocèle et grossesse extra-utérine. Laparotomie. Guérison, 752. — Deuxième temps d'ablation du rectum, 752. — **Association française d'urologie** : Première session : 23 octobre 1896, 752. — Valeur comparative de la ponction hypogastrique et de l'incision sus-pubienne dans le traitement des rétentions aigues d'urine, 752. — **Nouvelles**, 753. — **Bulletin bibliographique**, 740.

CLINIQUE MEDICALE

De l'emploi de l'eau oxygénée pour l'hémostase intrautérine (1).

Par le Dr Paul Petit

Nous avons certainement en mains, à l'heure actuelle, des moyens suffisants pour l'arrêt définitif des hémorrhagies utérines et l'on ne peut guère aller au delà, en ce sens, que la castration utéro-annexielle, en passant par le curettage utérin et la castration simple.

Mais peut-on en dire autant pour l'hémostase utérine provisoire ?

Pour ne citer que les moyens les plus usuels : l'*ergot et ses dérivés*, surtout quand il s'agit de fibrome, ne donnent que des résultats infidèles, trop peu durables et parfois contraires ; mais surtout ils augmentent l'asthénie cardiaque, ce qui suffit à les contre-indiquer, en cas d'anémie prononcée et dans l'attente d'une opération.

Le *chlorhydrate d'hydrastinine* est certainement meilleur, mais, à forte dose, 20 centigrammes à la fois (10 centigr. par c. m. c.) ; employé, dans ces conditions, en pleine hémorrhagie, il réduit assez vite la perte et pour vingt-quatre à trente-six heures, mais ne l'arrête pas complètement, quand elle a quelque importance.

L'*extrait d'hydrastis*, *la teinture de cannabis*, par la voie buccale, ne sont que de très médiocres hémostatiques pour l'utérus.

Le *perchlorure de fer* n'est bon que comme hématopoïétique, il donne des palpitations.

Les *injections vaginales chaudes* n'ont qu'un résultat temporaire ; pour en tirer un effet suffisant, il faut les répéter toutes les deux ou trois heures et les employer à de hautes températures (50° à 55°) qui déterminent du côté de la vulve une sensation de cuisson très pénible ou même intolérée, suivant les malades. On peut éviter, il est vrai, ce dernier inconvénient en employant une canule à double courant, dans le genre de celle que je présente, munie d'une enveloppe extérieure isolante, en caoutchouc durci et d'un disque de même substance qui obture complètement la vulve. Mais reste la répétition forcée des injections qui ne laisse pas que de fatiguer le malade et son entourage.

Le *tamponnement vaginal hémostatique*, quand il est bien exécuté, est très-pénible pour la patiente, peut provoquer la rétention d'urine ; c'est un procédé qui ne peut être ni prolongé, ni répété et qui remplit le plus souvent assez mal son but. Voici qu'on l'abandonne, à peu près, en obstétrique et je ne crois pas qu'il vaille mieux en gynécologie, du moins pour les hémorrhagies utérines.

Le *tamponnement intrautérin* est plus actif, mais n'est guère pratique que pendant la période puerpérale ; en dehors de cette période, il est assez mal supporté par les malades, au moins pendant qu'on l'applique et exige déjà une main un peu exercée ; je suis très surpris qu'Olshausen lui ait dernièrement attribué un cas de mort, mais il faut cependant tenir compte des observations d'un homme de cette valeur.

La *dilatation progressive* par les laminaires et les éponges est un très bon moyen d'hémostase, mais au

(1) Communication à la Société médicale du VIe arrondissement.

moins très gênant pour les malades et encore faut-il qu'il ait le temps d'agir ; je ne l'admets pour ma part que si la dilatation est par ailleurs indiquée, par exemple pour faciliter une exploration ou l'application d'un topique hémostatique,

L'*électrolyse intrautérine* nécessite un outillage spécial, est toujours quelque peu douloureuse aux intensités hémostatiques, demande ordinairement plusieurs séances, peut donner un coup de fouet à l'hémorrhagie quand le fibrome a franchement tendance à s'énucléer dans l'utérus.

Restent les topiques intra-utérins. Les *caustiques solides* tels que *crayon de nitrate d'argent* mitigé, *crayon de chlorure de zinc*, de *sulfate de cuivre* etc., sont à rejeter pour des raisons multiples : douleurs provoquées, d'autant moins admissibles que la femme est plus affaiblie ; élimination des escharres qui transforme un milieu peut-être aseptique en un bouillon de cultures pathogènes ; obstruction consécutive de l'organe, à échéance plus ou moins longue, si on doit le conserver. — J'avais fait jusqu'ici un assez fréquent usage du *perchlorure de fer*. J'ai même modifié la sonde de Bozemann Fritsh, pour faciliter l'injection de perchlorure de fer dans l'utérus, à la suite de curettage, comme le fait M. Pozzi. Au tube qui, dans la sonde de Bozemann, conduit le liquide de lavage, j'ai accolé un autre tube de moindre calibre se terminant du côté du manche par un ajutage auquel se visse une poire en caoutchouc

Dans le but d'éviter l'action des caustiques, la surface de l'instrument est platinée et le tube injecteur seul est muni d'un robinet. La poire en caoutchouc étant chargée du liquide modificateur et fixée à sa place, on ouvre le robinet irrigateur ; quand l'utérus est bien expurgé du sang et des mucosités, on ferme ce robinet, puis on pousse l'injection caustique et on la fait immédiatement suivre d'un nouveau lavage. Cet instrument permet de réduire, autant qu'on veut, le contact d'un liquide modificateur quelconque avec l'utérus et d'en éviter l'action sur le vagin. Mais j'ai renoncé au perchlorure de fer après le curettage, parce qu'il m'a paru inutile en pareil cas, qu'il détermine des coliques utérines assez durables et souvent de la rétention d'urine. Si je n'emploie plus l'injection de perchlorure de fer, immédiatement suivie de lavage, sous l'anesthésie et dans des utérus admettant une grosse sonde, à plus forte raison ne puis-je admettre l'instillation de ce même liquide dans un utérus peu ou pas ouvert et sans anesthésie, instillation qui ne pourra jamais être suivie que d'un lavage insuffisant et laissera toujours derrière elle des caillots particulièrement susceptibles de s'infecter : on a cité des cas de mort de ce fait, à côté des embolies, des syncopes et des morts subites au moment même des instillations. Par contre je me suis souvent bien trouvé du perchlorure de fer en badigeonnage à l'aide de l'applicateur intra-utérin ; mais cette application est douloureuse, souvent incomplète de par le spasme immédiat et très violent du muscle utérin et présente, très atténués il est vrai, quelques-uns des aléas de l'instillation. Les autres liquides modificateurs, tels que la *teinture d'iode*, en badigeonnage ou en instillation, ou bien sont inactifs, ou bien augmentent l'hémorrhagie, ou bien présentent les inconvénients généraux que nous venons de signaler. J'ai essayé, sans grand avantage, le badigeonnage à l'*antipyrine salolée* conseillé par M. Labadie-Lagrave et qui consiste, après avoir chauffé jusqu'à liquéfaction et coloration brunâtre, un mélange à parties égales d'antipyrine et de salol, à employer le liquide encore chaud.

La *vapeur d'eau chaude*, dernièrement conseillée par Sneguireff ne peut guère être employée qu'à l'hôpital. Tous les moyens que je viens de passer en revue, sans compter les autres tels que l'*hydrothérapie*, voire même le *massage* toujours bon à tout, prouvent, par leur multiplicité même, leur insuffisance. Aussi ai-je l'espoir de vous intéresser à un nouvel agent d'hémostase qui, par son efficacité, son innocuité et la facilité de son emploi, mérite vraiment l'attention.

Vous savez, messieurs, qu'il y a quelque douze ans MM. Bert et Regnard, à la suite de leurs propres expériences de laboratoire et des essais cliniques de notre vieux confrère, le Dr Baldy, de Péan et de ses élèves, avaient cru pouvoir proclamer à la Société de Biologie la supériorité désormais incontestée de l'eau oxygénée dans l'antisepsie chirurgicale, sans préjudice d'un avenir non moins brillant en médecine interne. Mais ces messieurs s'étaient trop pressés de conclure et bientôt des expérimentateurs du plus haut mérite, tels qu'Arloing, venaient démontrer, le tube de culture en main, qu'un grand nombre de micro-organismes résistaient à l'eau oxygénée : ainsi en est-il pour le *staphylococcus pyogenes aureus*, le *microbe de la morve*, celui du *charbon symptomatique* qui pourtant est anaérobie. Il reste acquis, toutefois, que l'eau oxygénée annihile les milieux de culture, propriété qui en fait un topique supérieur aux topiques purement aseptiques, analogue au formol par exemple, ce que je vous rappellerai tout à l'heure.

Pour ce qui est des propriétés hémostatiques de l'eau oxygénée, personne, que je sache, ne les a encore mises en valeur et mes trouvailles bibliographiques sur cette particularité de son emploi se bornent à une citation faite par M. Soulier dans son traité de thérapeutique et de pharmacologie, de la guérison des tumeurs érectiles par le Dr Mosetig-Moorhof, à l'aide d'injections d'eau oxygénée faites de quinzaine en quinzaine au centre des tumeurs. Moi-même, je n'aurais pas songé à l'utiliser pour l'hémostase intra-utérine, si je n'avais pas appris

que M. Castex en faisait l'essai pour l'hémostase nasale.

Or, il résulte de mes expériences (pour le détail desquelles je vous renvoie à ma communication à la Société obstétricale et gynécologique) : 1° Que l'eau oxygénée provoque immédiatement la coagulation du sang et cela en activant simplement la précipitation de la fibrine, sans détruire les élément figurés du sang et des tissus qui sont simplement modifiés ; 2° que c'est un excitant de la fibre lisse. Cette double propriété de l'eau oxygénée n'est que l'exagération des propriétés normales de l'oxygène atmosphérique qui est un excitant des cellules et qui, d'autre part, d'après Mathieu et Urbain, serait le facteur principal de la coagulation du sang à l'air libre par la mise en liberté de l'acide carbonique. En tout cas, plusieurs expérimentateurs (Beddoes, Nysten) ont fait la remarque que le sang devenait plus coagulable sous l'influence de l'oxygène. On est même admis à penser que la résultante de l'eau oxygénée sur le sang doit être adéquate à celle de l'oxygène à l'état naissant et en tension, puisqu'à son contact elle dégage instantanément son oxygène sous l'action de l'hémoglobine et des éléments de la fibrine.

En faisant agir l'eau oxygénée sur du sang recueilli au sortir d'une veine, voici ce que l'on voit : formation instantanée de 2 couches, la supérieure constituée par une mousse épaisse emprisonnant un ou plusieurs petits caillots très denses; l'inférieure composée de sérum teinté en noir par l'hémoglobine oxydée ou hématine.

De cette triple propriété que possède l'eau oxygénée : d'activer la précipitation de la fibrine, d'exciter la fibre lisse et de ne point léser les tissus, il semble légitime de conclure que ce doit être un hémostatique de choix pour l'usage externe.

Au point de vue clinique, voici ce que j'ai constaté sur l'utérus.

Soit une hémorrhagie en nappe, d'origine intra-utérine, reconnaissant pour cause une métrite fongueuse ou un fibrome interstitiel qui laisse la cavité de l'organe suffisamment accessible. Si l'on introduit, d'un coup, jusqu'au fond de l'organe, une tige porte-topique garnie de ouate et trempée, sans être essorée, dans de l'eau oxygénée à 12 v., voici ce qu'on observe : production d'une mousse très abondante qui fuse à travers l'orifice externe; contraction de l'organe sur la tige; mais moins rapide et moins intense que celle produite par le perchlorure de fer, avec une technique analogue; arrêt immédiat de l'hémorragie après écoulement de quelques gouttes de sérum plus ou moins teinté en noir par l'hématine; aucune douleur provoquée ; aucune modification des tissus, sinon un blanchiment léger de la muqueuse plutôt dû, je crois, à la décomposition des liquides qu'à un effet même simplement cathérétique; persistance de l'hémostase durant un temps assez long, au sujet duquel je ne puis encore donner de moyenne (voir mes observations), mais qui se compte par une succession de jours probablement supérieure à celle qui suit l'emploi de moyens locaux aussi peu offensifs, suffisante, en tout cas, pour permettre à une malade anémiée de reprendre des forces et de supporter, à un moment donné, après une ou plusieurs applications semblables, une intervention radicale, s'il y a lieu.

La technique que je viens d'indiquer me paraît être la meilleure, à la condition de se servir de tiges porte-coton très minces, très malléables, de ne pas essorer la ouate, d'étudier au préalable le calibre et la courbure du canal. Jusqu'à plus ample informé, je crois qu'il est plus sûr, après avoir laissé une première tige quelques secondes en place, de lui en substituer une autre qu'on retire au bout d'un temps plus long.

Est-il prudent d'injecter l'eau oxygénée dans l'utérus avec la seringue de Braun? On a cité des accidents graves à la suite de l'injection d'une quantité notable d'eau oxygénée dans des trajets fistuleux, du fait de l'emphysème du tissu cellulaire, dans la plèvre de par la compression du poumon. Il est possible qu'une injection trop considérable de ce liquide dans l'utérus donne lieu à une distension douloureuse de l'organe, mais j'en ai injecté lentement quelques grammes, c'est-à-dire une quantité suffisante, sans aucun inconvénient : d'autre part, étant donnée la rapidité de sa décomposition, l'eau oxygénée semble exposer beaucoup moins que tout autre liquide modificateur aux dangers des injections intra-utérines, dangers relevant de leur passage dans les trompes ou dans les veines d'utérus en involution. En effet, les embolies gazeuses ne dépassent probablement pas l'ouverture des vaisseaux et, en serait-il autrement, que nous devons être pleinement rassurés par les constations de Laborde et Quinquaud : les bulles d'oxygène seraient rapidement absorbées par le sang. Cependant, sauf dans les utérus un peu spacieux dont la muqueuse peut ne pas être entièrement atteinte par le badigeonnage, je crois, pour le moment, qu'il vaut mieux s'en tenir à ce dernier procédé. J'en ferais presque une obligation dans le cas de canal utérin étroit et dévié. M. Stéphane Bonnet, contrôlant mes essais, m'a dit avoir employé, sans inconvénient, à la suite d'un *évidement du col*, un tamponnement à demeure avec une mèche de gaze chargée d'eau oxygénée à 15 v. Mais je crois, étant donné ce que l'on sait de l'action *irritante* de l'eau oxygénée, qu'il faut éviter ces applications prolongées, surtout à un titre aussi élevé, à moins donc qu'on ne cherche une action substitutive.

Ceux qui ont fait l'essai de l'eau oxygénée comme antiseptique, c'est-à-dire en application à demeure sur les plaies ont conseillé de ne pas dépasser les

titres de 8 v. (Baldy) à 10 v. (Larrivé) et de s'en tenir, en moyenne, à 3 v. 1/2 pour les plaies ordinaires, 1 v. même si elles sont récentes. Je conseille pour l'hémostase intra-utérine, en application passagère, le titre de 12 v., mais j'emploierais sans appréhension le 15 v. dont M. S. Bonnet, comme je viens de le dire, a déjà fait usage.

L'eau oxygénée peut être conservée assez longtemps à son degré de saturation à condition d'être légèrement acide, remisée dans un endroit frais, à l'abri de la lumière, des poussières, dans un flacon dont le verre ne renferme pas de bioxyde de manganèse et agitée aussi peu que possible, toutes conditions qui sont très faciles à réaliser. On fera cependant bien de changer sa petite provision tous les deux mois environ.

Mes observations sont encore peu nombreuses, mais très concluantes :

1° Ainsi, chez une femme atteinte d'un petit fibrome interstitiel et qui était presque exangue et en imminence de syncope, quand je fus appelé auprès d'elle, qu'on avait inutilement traitée par l'ergotine et les injections chaudes, j'ai pu arrêter immédiatement l'hémorrhagie qui durait depuis huit jours, à l'aide d'un badigeonnage à l'eau oxygénée ; le résultat persista d'une façon absolue pendant 48 heures, au bout de ce temps, très léger suintement arrêté par une simple injection vaginale chaude.

2° Deuxième femme présentant, depuis une dizaine de jours, une métrorrhagie abondante due à une hyperplasie de la muqueuse. Arrêt immédiat de l'hémorragie avec l'eau oxygénée ; dilatation progressive dans un but d'exploration (on avait pensé à un petit fibrome du fond de l'organe) et curettage huit jours après.

3° Troisième femme atteinte d'hypertrophie du corps de l'utérus avec petits fibromes interstitiels, adressée à ma clinique dans un état vraiment grave. Hémorrhagies continues depuis six mois, de douze à quinze selles diarrhéiques dans les 24 heures, depuis plusieurs semaines, cachexie prononcée. J'arrête complètement les hémorrhagies par trois badigeonnages à l'eau oxygénée pratiqués à plusieurs jours d'intervalle et la diarrhée par les moyens usuels. Je fais l'hystérectomie vaginale par morcellement au bout d'une dizaine de jours, dans des conditions beaucoup meilleures qu'à l'entrée. La malade est complètement guérie.

4° A la suite de deux curettages à la curette tranchante j'ai vu le suintement de sang céder immédiatement au badigeonnage ou à l'injection de l'eau oxygénée, ceci à titre de simple document, car il est évident qu'en pareil cas mon procédé n'a aucune utilité.

Voici ce qu'a observé, de son côté, mon excellent collègue M. S. Bonnet qui a bien voulu contrôler mes recherches :

5° L'*évidement du col* qui consiste à enlever non seulement la muqueuse endocervicale mais la couche glandulo-musculaire sous-jacente, dans le but de supprimer les catarrhes rebelles, provoque toujours un suintement de sang assez abondant. Le col ayant été préalablement dilaté, M. Bonnet s'est facilement rendu compte que sous l'action de l'eau oxygénée l'hémorrhagie s'arrêtait instantanément, sauf en un point où donnait une petite artériole. Il a fait suivre son opération d'un tamponnement intracervical avec une lanière de gaze qu'il a imbibé, sans aucun inconvénient ultérieur, m'a-t-il dit, avec de l'eau oxygéné à 15 v. J'ai déjà exposé les réserves que m'inspirait cette pratique.

6° Avortement ovulaire après dix-sept jours de retard. Hémorrhagie durant depuis six semaines. M. Bonnet introduit successivement, dans l'utérus, deux tiges porte-coton imbibé d'eau oxygénée. Arrêt immédiat de la perte. Au bout de trois jours, à la suite d'une injection, léger suintement teinté de sang. Simple tampon qui est retiré au bout de trois jours, à peine taché.

7° Utérus fibromateux, chez une femme de 55 ans, réglée très régulièrement jusqu'en novembre. A cette époque, pertes abondantes. Pertes plus modérées en décembre ; vue le 16 décembre par M. Bonnet qui traite l'utérus *ut supra*. Résultat aussi instantané. Le 18 le sang n'avait pas reparu et M. Bonnet fait un nouveau badigeonnage de précaution. Cette dernière malade avait été traitée d'abord par l'extrait d'hydrastis, puis par l'extr. d'hydrastis et d'hamamelis aa, à la dose de 80 gouttes par jour.

L'eau oxygénée agit-elle aussi bien sur les hémorrhagies en nappe de tout autre siège ? Un de mes assistants m'a dit l'avoir constaté pour une plaie superficielle, assez étendue de la paume de la main et j'ai fait la même remarque pour de petites plaies des téguments. Mais je ne puis et ne veux actuellement vous affirmer l'effet du topique en question qu'à l'égard des hémorrhagies d'origine intra-utérime et il est possible que cet effet soit plus prononcé dans cet organe que partout ailleurs, étant donnée l'énergie de sa contractilité.

Cette propriété hémostatique, jusqu'ici négligée, de l'eau oxygénée se recommande d'autant plus à vos essais que ce liquide, dans les conditions que j'ai précisées, ne détermine pas de douleurs, n'altère pas les tissus, ne laisse pas derrière lui de caillots susceptibles de s'infecter, qu'il s'oppose aux cultures microbiennes et qu'enfin il ne peut être ni toxique, puisqu'il se décompose en agissant, ni cause d'embolies gazeuses, puisque, au cas peu probable où ces embolies se produiraient, elles seraient immédiatement absorbées par le sang.

BIBLIOGRAPHIE

Manuel théorique et pratique d'accouchements, par le Dr Adrien Pozzi. — F. Alcan, éditeur, Paris, 1897.

L'auteur, dans ce nouveau petit volume, apporte une suite naturelle à celui qu'il avait publié sur l'anatomie et la physiologie génitales et obstétricales.

C'est une application pratique des notions qu'ils avaient données — et nous retrouvons les mêmes qualités de concision qui lui ont valu un premier succès.

La grossesse, l'accouchement normal et pathologique, les soins à donner aux femmes en couches, sont étudiés comme ils doivent l'être, c'est-à-dire clairement, pratiquement et suffisamment.

Sans se perdre dans la diffluence des théories plus ou moins exactes dont on a enjolivé (?) l'étude de la femme enceinte et du produit qu'elle recèle ou qu'elle quitte, l'auteur nous donne en quelques lignes, dans chacun de ses chapitres, les conseils qu'il faut suivre si l'on veut assister sans danger pour la parturition à un accouchement nerveux ou si l'on doit intervenir dans un accouchement irrégulier ou impossible.

Les principes qui ont guidé M. A. Pozzi me paraissent dignes de tout éloge. Il a su laisser à la fonction physiologique qu'est l'accouchement toute sa spontanéité et il n'a pas cherché à démontrer que les femmes n'ont accouché que depuis qu'il existe des accoucheurs. Elles accouchent souvent toutes seules, d'après lui — et d'après l'histoire des temps les plus reculés : — c'est une vérité qu'il n'était point inutile de connaître avant d'écrire un manuel d'accouchements.

Ce n'est donc point en interventionniste obstétrical que s'est posé M. Pozzi, mais bien en hygiéniste de la grossesse et de l'accouchement, c'est en mentionnant surtout ce qu'il ne faut pas faire qu'il nous a paru rendre grand service à ceux qui liront son livre. Ce n'est pas à dire pour cela qu'il a passé sous silence tous les cas où l'intervention de l'accoucheur devient indispensable, qu'il a négligé les procédés, le plus souvent très simples, par lesquels l'accoucheur sauve la vie de l'accouchée et de l'enfant, mais il a su indiquer tous ces cas avec une simplicité qui permet à tous de les mettre en pratique. Car tout médecin doit être accoucheur, opérateur et interventionniste, lorsque cela est nécessaire. Tout médecin doit savoir accoucher et délivrer une parturiante. Les cas les plus difficiles peuvent se présenter parfois et le plus inopinément. Le temps presse et c'est *immédiatement* qu'il faut savoir remédier aux accidents qui ne doivent jamais trouver un médecin au dépourvu.

Lire le livre M. Pozzi, si modestement appelé un manuel, l'étudier c'est se mettre en garde contre ces surprises fâcheuses, c'est pour cela que nous ne saurions trop le recommander.

F. Verchère.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 2 novembre 1896. — Présidence de M. A. Cornu

Emploi des rayons X pour les recherches anatomiques : angéiologie, développement, ossification, évolution des dents. — MM. Ch. Remy et G. Contremoulins

Nous avons l'honneur de présenter à l'Académie une série de radiophotographies faites sur le cadavre et sur les-lesquelles on observe des détails anatomiques insaisissables jusqu'ici. Nous voulons parler de la disposition du système artériel jusqu'à ses plus fines divisions.

Sur la figure qui représente la main avec son avant-bras et une partie du bras, on peut suivre dans leurs rapports avec le système osseux les divisions des artères, les arcades palmaires, les collatérales des doigts et jusqu'aux houppes vasculaires de la pulpe digitale. On peut suivre aussi la pénétration des artères dans le tissu osseux.

Dans les pièces que nous avons soumises à la radiophotographie les veines ne sont pas apparentes, mais on eût pu en obtenir l'image par le procédé qui nous a servi.

C'est M. le professeur Marey qui nous a suggéré l'idée de rendre le système vasculaire opaque aux rayons X en l'injectant avec une solution qui tienne en suspension des poudres métalliques impalpables. Le commerce livre aujourd'hui, sous le nom de bronze, une grande variété de ces poudres de métal. Le véhicule que nous avons choisi est la cire à cacheter commune dissoute dans l'alcool; l'injection se fait à froid.

Nous insistons sur l'importance du résultat de cette méthode qui donne la distribution des vaisseaux avec leur situation réelle et leurs rapports que la dissection altère toujours; pour bien faire saisir les différents degrés de profondeur des plans vasculaires, nous avons recouru à des épreuves stéréoscopiques dont l'aspect est saisissant.

Sur ces mêmes figures, grâce au tube Collardeau et à la bobine Gaiffe, les contours sont d'une netteté parfaite, ainsi que les détails de la structure des os.

L'une de nos figures représente la moitié inférieure du corps d'un fœtus humain, sur laquelle se détermine fort bien la position des points d'ossification.

Sur une autre figure, représentant la moitié du maxillaire inférieur d'un enfant de sept ans, on voit nettement quatre molaires avec leur couche d'émail, de cément, la dentine, la pulpe dentaire et les canaux des nerfs, tandis que, à la base de la branche montante, la dent de sagesse, dans son alvéole close, attend l'heure de son éruption.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 novembre 1896. Présidence de M. Hervieux

La Correspondance comprend 1° une lettre de M. le Dr Quesneville qui se porte candidat dans la section de pharmacie; 2° une lettre de M. le Dr Barella, de Bruxelles,

qui se porte candidat au titre de correspondant étranger, dans la 1re division (médecine).

Périarthrite coxo-fémorale (ostéite épiphisaire de l'extrémité supérieure du fémur, simulant la coxalgie). — M. Duplay lit un rapport sur un travail récemment adressé à l'Académie par M. le Dr Criselli, de Melbourne. Un jeune garçon de 10 ans, fort et bien constitué, fit au mois de juillet 1892 une chute dans laquelle la hanche droite fut violemment contusionnée. Après un repos au lit de trois jours, il reprit sa vie habituelle tout en conservant un peu de douleurs dans la hanche ; il put cependant prendre part à des courses à pied dans lesquelles il remporta même le premier prix. A la suite de cette fatigue excessive et quatre mois après la chute, la douleur de la hanche continua au point de rendre la marche de plus en plus difficile.

Au mois de janvier 1893, six mois après la chute, les symptômes se réduisaient à de la douleur et à de la gêne pendant la marche, et un léger empâtement en dehors et en arrière du grand trochanter. Les symptômes vont en s'aggravant. La jambe et la cuisse se sont placées dans la flexion, l'abduction et la rotation en dehors, et le membre paraît raccourci. Le petit malade présente le tableau complet des symptômes de la coxalgie. Toutefois les mouvements de l'articulation coxo-fémorale ne sont pas complètement établis et l'on peut encore fléchir légèrement la cuisse sur le bassin.

A l'inspection de la région malade on note un gonflement sensible de la hanche, mais le pli de l'aine est à peine effacé et la tuméfaction occupe surtout la région externe et postérieure de la hanche. Il n'y a pas de douleur du côté de la tête fémorale et de la cavité cotyloïde. Il y a des phénomènes généraux assez graves : fièvre, pouls rapide, cytologie, inoppétence.

Malgré les difficultés du diagnostic et les présomptions qui existaient en faveur d'une coxalgie, M. Crivelli affirma qu'il s'agissait d'une périarthrite de la hanche provoquée par la contusion et le surmenage.

Le traitement consista dans le repos absolu, dans la position horizontale, les pointes de feu dans la région postéro-externe de la hanche, le sulfate de quinine.

Au bout de quinze jours, il y avait une amélioration notable, mais l'attitude vicieuse persistait et les mouvements restaient à peu près impossibles. Un large vésicatoire améliora encore la situation et la santé générale devint très satisfaisante. Les mouvements se rétablirent peu à peu. A cette époque, les parents vinrent en France avec leur enfant, la situation s'améliora encore pendant la traversée, et le 1er avril M. Duplay vit cet enfant qui lui parut entièrement guéri. Il ne restait qu'un peu d'atrophie des muscles de la cuisse et l'extension seule laissait encore à désirer. Rentré dans sa famille à Tourcoing, l'enfant est abandonné à lui-même, va au collège, joue comme ses camarades, lorsqu'au bout de six semaines, après un massage un peu trop intense, les douleurs se font de nouveau sentir ; en même temps l'enfant est pris d'influenza et aussitôt reparaissent les accidents qui s'étaient déjà montrés au mois de janvier. Deux chirurgiens de Lille, consultés, diagnostiquent une coxalgie, malgré les renseignements fournis par les parents, et portent un pronostic des plus graves. Mais les parents se bornèrent à soumettre leur enfant à un repos absolu ; au bout de six semaines, l'état était considérablement amélioré et l'on put entreprendre le voyage en Australie. L'enfant y arriva d'ailleurs dans un état excellent et actuellement les seules traces de la maladie consistent en une très légère atrophie musculaire et dans l'impossibilité de porter à son degré extrême la flexion de la cuisse sur le bassin.

Dans cette observation très intéressante, M. Crivelli a réussi à éviter une erreur de diagnostic en s'appuyant sur une description très exacte de faits de ce genre donnée par M. Duplay.

Ferment saponificateur des graisses. — M. Hanriot lit un travail déjà présenté la veille à l'Académie des sciences et dont nous donnerons l'analyse dans notre prochain numéro.

Emploi de l'analgène dans la thérapeutique infantile. — M. Cadet de Gassicourt lit cette note de la part de M. le Dr Moncorvo (de Rio-Janeiro). L'analgène, produit de la série aromatique (ortho-ethoxy-ana-mono-benzoylamido-quinoline) a été découvert par le Dr Vis, de Fribourg. C'est une poudre blanche, cristalline, inodore et insipide, insoluble dans l'eau et l'alcool à froid, soluble dans l'alcool à chaud et dans l'eau acidulée ; il fond à 208° et se volatilise à une plus haute température sans laisser de résidu. L'emploi de ce médicament chez des enfants atteints d'affections diverses a montré que l'analgène pouvait être considéré comme un adjuvant et un succédané de la quinine.

A 11 heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour entendre les conclusions des rapports de prix lus en séance.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 6 novembre. — Présidence de M. d'Heilly.

Hystéro-traumatisme. — M. Catrin présente un homme de vingt-deux ans qui, en perforant une pièce de métal avec une mèche, laissa échapper cet instrument qui pénétra dans la bouche et produisit une plaie de la joue droite. Perte de connaissance durant deux heures, suivie de vomissements alimentaires et bilieux. Le lendemain matin hémiplégie droite survenue brusquement dans la rue, amélioration dans la nuit, puis rechute plus grave le lendemain. Deux jours après, aggravation considérable de tous les accidents : perte de la parole, trismus, opisthotonos, rejet des aliments, céphalée intense. Dilatation pupillaire droite avec insensibilité à la lumière et à l'accommodation. Exagération des réflexes à droite.

Comme il existait sur la voûte une ecchymose, on se demanda un moment s'il n'y avait pas eu perforation du voile et trauma de la base ayant produit une hémorragie, etc. Un amendement assez rapide de tous les symptômes s'est produit depuis, mais on a vu survenir une atrophie en masse des membres supérieur et inférieur droits.

Le diagnostic d'hystérie paraît seul plausible ; mais il a cependant contre lui l'absence de tout antécédent nerveux héréditaire ou personnel, l'absence de tout stigmate, la paralysie du facial inférieur et l'atrophie — symptômes tout au moins rares dans l'hystérie — l'exagération des réflexes, les troubles pupillaires.

Le pronostic de cette atrophie doit rester réservé.

Dangers du vésicatoire chez l'enfant. — MM. Comby et Frenkel. — Parmi les nombreux accidents causés par le

vésicatoire, que nous avons observés cette année à l'hôpital Trousseau, nous citerons le cas d'un petit garçon de quatre ans, envoyé à l'hôpital avec le diagnostic de méningite, écrit par le médecin. En effet, cet enfant avait des accidents méningitiques : raideur de la nuque, agitation, délire, anurie, mais, en le découvrant, on voyait, sur le devant de la poitrine et dans le dos, deux plaies récentes de larges vésicatoires appliqués pendant quatre heures. L'auscultation ne révélait que quelques râles insignifiants. Température autour de 39°. On sonda l'enfant et on ne put amener que quelques gouttes d'urine albumineuse. Le filtre rénal ne fonctionnait plus. Cette anurie persista pendant plusieurs jours et ne céda qu'après des bains tièdes prolongés et des boissons abondantes (lait et tisanes). Dès lors les accidents méningitiques disparurent et l'enfant entra en convalescence, non sans garder de la fièvre pendant plus de dix jours. Il était profondément amaigri et il aura de la peine à se remettre, non pas de la bronchite légère, de la maladie insignifiante dont il était atteint, mais de la médication barbare dirigée contre elle.

Il nous a semblé que nous avions le devoir de livrer ce cas à la publicité pour mettre encore une fois les médecins en garde contre le vésicatoire, agent énergique, dangereux, qui doit être manié avec une extrême prudence chez les enfants comme chez les adultes. Enfin il est bon de savoir que l'intoxication cantharidienne peut donner le tableau de la méningite tuberculeuse.

M. Sevestre. Je ne suis pas convaincu que cette pseudo-méningite soit due aux vésicatoires. Ce petit malade toussait. On pourrait supposer, avec assez de vraisemblance, qu'il a fait de la grippe, et on sait que les accidents pseudo-méningitiques se rencontrent parfois dans cette maladie.

M. Fernet. Il y avait une néphrite cantharidienne qui expliquerait les accidents pseudo-méningitiques.

Opalescence et lactescence du sérum chez certains albuminuriques. — MM. F. Widal et A. Sicard. Ayant eu l'occasion d'examiner le sérum d'un grand nombre d'individus sains ou atteints d'affections les plus diverses, nous avons été frappés de voir que le sérum de certains albuminuriques présentait, immédiatement après sa formation, un aspect opalin ou lactescent tout à fait spécial. Des recherches bibliographiques nous ont montré que si le fait est aujourd'hui presque complètement tombé dans l'oubli, il n'avait pas échappé aux anciens observateurs, mais la plupart se sont contentés de le mentionner sans rechercher d'une façon méthodique dans quelles formes spéciales du mal de Bright il s'observait de préférence.

Chez un grand nombre de sujets atteints de fièvre typhoïde, de pneumonie ou de rhumatisme, maladies souvent compliquées d'une albuminurie légère, le sérum s'est montré avec sa transparence habituelle. Nous avons, d'autre part, examiné systématiquement le sérum de 13 sujets, atteints soit d'albuminurie abondante, soit de formes variées de mal de Bright. Chez 8 il avait un aspect plus ou moins opalin, rarement franchement lactescent ; chez les 5 autres une transparence parfaite. Dans tous les cas, le sang a été puisé aseptiquement dans la veine et recueilli dans un tude à essai stérilisé.

Les albuminuriques de la première série, dont le sérum était opalescent ou lactescent, étaient atteints indistinctement de néphrite aiguë, subaiguë ou chronique. Dans tous ces cas, le taux de l'albumine contenue dans les urines était relativement élevé.

Parmi les malades dont le sérum était limpide, trois souffraient de néphrite interstitielle chronique, et leur urine ne contenait que quelques centigrammes d'albumine ; par contre, les deux autres avaient l'un deux grammes, l'autre 7 grammes d'albumine par litre.

La teinte opaline peut être légère et demande, dans certains cas, à être cherchée. D'autre part, la lactescence est parfois telle que le sérum peut présenter l'aspect d'une masse laiteuse. Nous avons vu, chez un même malade, l'opalescence du sérum diminuer lorsque, sous l'influence du régime lacté, l'albumine diminuait dans les urines.

Nous avons pratiqué dans cinq cas l'examen microscopique à un fort grossissement des sérums lactescents ou opalescents. Dans trois cas, nous avons trouvé de petits corpuscules ronds, réfringents, immobiles, de volume et de nombre variables, suivant les cas formant parfois de véritables constellations sous le champ du microscope, ayant à peu près comme diamètre la longueur d'un quart ou d'un cinquième de globule rouge ; quelques-uns ressemblaient à des hématoblastes. Ces corpuscules ne se colorent ni par l'éosine, ni par le bleu de méthylène, ni par la fuchsine, ni par l'acide osmique. Ni l'hématosine, ni le carmin ne permettent de déceler la présence de noyaux dans ces corpuscules. Ils ne sont pas solubles dans l'éther. L'action du centrifuge ne fait pas perdre au sérum sa teinte opalescente ; elle ne permet pas de séparer les corpuscules de la partie liquide.

L'examen microscopique de deux sérums faiblement opalescents ne nous a pas montré ces granulations transparentes.

Dans aucun de ces cas nous n'avons pu retrouver les corpuscules graisseux décrits par certains auteurs.

L'état lactescent du sérum peut se montrer passagèrement chez l'homme bien portant, pendant la période digestive, mais seulement après absorption d'aliments en excès.

Accidents consécutifs à la laryngotomie. — M. Lermoyez apporte une observation d'œdème de la glotte avec autopsie tendant à prouver que si la laryngotomie intercrico-thyroïdienne, préconisée tout particulièrement par M. Richelot, est bien supérieure à la trachéotomie au point de vue de la facilité d'exécution, elle n'est peut-être pas aussi dépourvue d'innocuité qu'on a bien voulu le dire.

SOCIÉTÉ MEDICALE DU VI[e] ARRONDISSEMENT

Séance du 30 décembre 1895. — Présid. de M. Verchère

Présents MM. Déléage, Peisson, Petit, Bonnefin, Machelard, Damain, Valude, Pruvost, Chevallereau, Demoulin, Le Coin, Percheron, Genesteix, Dauchez, Depasse, Verchère, Porak, Martin, Dromain, Desprès, Rousseau, Boissier.

M. Verchère donne de bonnes nouvelles de M. Foucard que M. Le Coin est allé voir au nom de la Société.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté sans discussion. La correspondance contient une lettre de M. Philbert s'excusant de ne pouvoir assister au banquet.

M. Valude lit sa communication sur un cas de dacrio-adénite.

M. Chevallereau insiste sur le grand intérêt de ce cas dont la rareté suffirait à montrer la valeur.

M. Petit lit sa communication sur l'hémostase utérine, au cours de laquelle il présente deux ingénieux instruments : une canule vaginale obturatrice pour injections chaudes et une canule utérine en argent à double effet avec tube de platine et poire injectrice pour liquides modificateurs.

M. Depasse a employé aussi l'eau oxygénée comme antiseptique pour des plaies internes sans grand résultat, comme hémostatique interne, et comme hémostatique externe dans un cas d'hémorrhagie auriculaire. Il n'a pas été très satisfait des divers résultats. Le dégagement gazeux qui se produit au contact de matières organiques faisait dans cette dernière application au malade l'effet d'une tempête dans l'oreille.

M. Dauchez demande s'il n'y a pas eu d'insuccès.

M. Demoulin rappelle que certains fibromes n'ont pas d'hémostase possible même après la ménopose.

M. Després recommande 4 tasses de café noir à 1/4 d'heure d'intervalle comme un excellent hémostatique en gynécologie.

M, Dauchez recommande le chlorhydrate d'hydrostinine, qui agit sur l'élément vasculaire et ne donne pas de coliques utérines. C'est surtout un bon moyen *préventif*. Il coûte six francs le gramme, mais un gramme représente dix injections, il est d'un emploi facile, et dispense de toutes les précautions ambiantes. Il agit remarquablement dans les ménorrhagies qu'il arrête à coup sûr, et finit par rétablir le cours normal des règles en poussant l'emploi jusqu'à la dysménorrhée et s'arrêtant alors.

M. Porak insiste sur le peu de toxicité de l'hydrastinine ; il ne faut pas craindre les doses fortes, on peut aller hardiment à 15 et 20 centigrammes.

M. P. Petit. — Je suis parfaitement d'accord avec M. Depasse sur le peu de valeur de l'eau oxygénée comme liquide de pansement. Cependant si elle est incapable de détruire un grand nombre de microorganismes adultes, on lui reconnaît encore la propriété de s'opposer à la floraison des milieux de culture qu'elle stérilise ; cette propriété en fait un topique certainement supérieur à l'eau pure, contrairement à ce que pense M. Depasse, et je crois utile d'y insister lorsque je conseille l'eau oxygénée, pour un autre usage, dans un organe comme l'utérus. Il est exact que l'eau oxygénée se décompose très rapidement au contact du sang, d'un bon nombre de tissus et des microorganismes eux-mêmes qui peuvent ainsi s'en jouer, qu'elle fait rougir les plaies et augmente leurs sécrétions, non qu'elle soit caustique, mais parce qu'elle irrite les cellules et particulièrement les fibres lisses, les vaso-moteurs qui, après avoir provoqué le resserrement des vaisseaux, se laissent paralyser ; mais cette rapide décomposition, ces propriétés irritantes, certainement défavorables à l'action antiseptique du liquide et à la cicatrisation des plaies, représentent justement les principaux facteurs de l'action hémostatique. M. Depasse me dit avoir essayé cette action hémostatique de l'eau oxygénée sur les plaies et n'en être pas très satisfait : son assertion m'intéresse, car je n'ai pu trouver trace d'essais semblables. M. Depasse voudra bien du reste faire comme moi et renouveler ses expériences sur un point qui ne me paraît pas suffisamment élucidé. Aujourd'hui c'est uniquement pour les hémorragies reconnaissant comme point de départ, l'endométrium que je crois pouvoir affirmer les bons effets de l'eau oxygénée.

Je suis tout prêt à essayer la tasse de café noir de M. Després qui n'est pas pour déplaire aux malades ; mais je ne crois pas, contrairement à lui, qu'il faille s'en tenir à un moyen aussi anodin et même au badigeonnage d'eau oxygénée que je ne donne que comme moyen d'attente, en face d'hémorrhagies graves dues aux fibromes. S'il n'y a pas de femme à mourir actuellement d'hémorrhagie fibromateuse, c'est qu'on sait les soigner et les opérer. Il n'y en avait pas davantage autrefois, quand on ne les opérait pas, et qu'on se contentait du café noir, nous dit M. Desprès. Je n'en suis pas tout à fait convaincu. J'en connais au moins une qui est morte, en ce temps-là, du fait même de la spoliation sanguine, il est probable qu'elle n'a pas été la seule et que d'autre part il y avait et qu'il y a encore aujourd'hui un bon nombre de fibromateuses qui mouraient et qui meurent des altérations organiques conséquences de leur anémie.

Je n'ai pas employé le chlorhydrate d'hydrastinine d'une façon préventive comme M. Dauchez qui a contribué avec M. Porak à me faire connaître ce médicament. Mais je répète que j'en ai été satisfait en pleine hémorrhagie sous forme d'injection sous-cutanée et à dose double de celle indiquée par M. Dauchez : 20 c. g. en 1 seule injection. Il y a un autre médicament dont je compte faire l'essai, c'est le chlorhydrate de cotarnine, préconisé tout récemment par Gottschalk de Berlin.

M. Martin présente un nourrisson atteint de pneumocèle. L'accouchement a été pratiqué par une sage-femme il y a trois semaines. On n'a vu la tumeur que depuis trois jours, elle est d'une consistance molle et durcit pendant les mouvements spontanés. On constate une côte mobile au-dessous d'elle. M. Martin pour confirmer son diagnostic a présenté son malade dans un service d'hôpital où une ponction exploratrice n'a donné que de l'air. L'enfant est né avec présentation du siège, l'accouchement a été laborieux.

M. Desprès, après examen, conclut comme M. Martin à une hernie du poumon à travers une fracture de côte due à un traumatisme d'accouchement.

C'est aussi l'opinion de MM. Demoulin et Rousseau qui constatent la côte crépitante et ont entendu à l'auscultation de la tumeur un bruit beaucoup plus superficiel que sur les autres points du thorax.

Après remerciements à M. Martin, le président invite la société à passer au scrutin pour le renouvellement du bureau.

M. Desprès est élu président par 18 voix contre 4 à M. Dromain sur 22 votants.

M. Dromain est élu premier vice-président et M. Valude second vice-président à l'unanimité.

M. Génesteix est maintenu secrétaire général à l'unanimité.

MM. Boissier et Furet sont désignés comme secrétaires des séances.

M. Machelard maintient sa démission de trésorier et M. Le Coin se récuse comme empêché par d'autres fonctions.

M. Pruvost est élu trésorier à l'unanimité.

MM. Porak et Bonnefin sont désignés comme membres du conseil de famille.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

(*Suite*)

Du traitement des pieds bots (FIN)

Thérapeutique chirurgicale des pieds-bots congénitaux. — M. DOYEN (de Reims). Je viens plaider en faveur des méthodes rapides qui donnent la guérison chirurgicale des pieds-bots en quelques semaines et sans l'aide d'aucun appareil orthopédique. M. Championnière en particulier vient de nous signaler les résultats orthopédiques remarquables obtenus par l'ablation large des os du tarse, et la supériorité de la résection osseuse sur les sections tendineuses. Je suis absolument partisan de ces idées et je possède de nombreuses photographies qui montrent que la résection osseuse, dans les cas de pieds-bots graves et invétérés, donne des résultats satisfaisants, supérieurs à ceux du traitement orthopédique exclusif.

Pour le varus équin, chez l'enfant tout jeune, la section interne de Phelps, la section du tendon d'Achille, suffisent le plus souvent. Nous repoussons toutefois le manuel opératoire de Phelps, c'est-à-dire la section des parties molles à ciel ouvert. Chez l'enfant tout jeune nous pratiquons la section profonde de Phelps par la méthode sous-cutanée. Plus tard nous incisons la peau longitudinalement. Nous pratiquons la section profonde transversale et nous suturons la peau. Le pied varus est-il très marqué, nous pratiquons l'ablation de l'astragale, quelquefois du scaphoïde, du cuboïde ou de l'apophyse calcanéenne. Les résultats sont excellents et l'enfant marche rapidement. Mais les résultats de la résection osseuse sont surtout remarquables dans le pied plat valgus, où l'ablation seule du scaphoïde permet la réfection parfaite de la voûte plantaire.

Pathogénie des pieds plats, pieds creux, valgus douloureux. — M. PAUL REYNIER (de Paris). Depuis longtemps mon attention s'est portée sur ces déformations qui ne se voient que dans l'adolescence, et qui se traduisent par l'abduction du pied en valgus, la saillie en dedans de la tête d'astragale, du scaphoïde, avec ou sans affaissement de la voûte plantaire.

C'est cette affection que Gosselin a désignée sous le nom de tarsalgie, mot qui indique nettement le siège des douleurs, des lésions osseuses, sans rien présager toutefois de la nature de l'affection. Moins prudents, d'autres ont dénommé cette affection : pied plat, valgus douloureux, définition irrationnelle et inacceptable.

Bien des théories ont été données. Toutes, bien qu'en apparence discordantes, s'appuient sur des faits réels, mais aucune n'est réellement satisfaisante. La question reste donc toujours à l'étude et permet des recherches nouvelles.

La déformation du pied en valgus, avec conservation ou absence de la voûte plantaire, ne peut être considérée que comme un symptôme.

Elle n'est que le résultat de la contracture des muscles et cette contracture cédant, la déformation du pied disparaît.

Ce fait démontre d'une façon péremptoire que ce n'est pas la forme du pied, le pied plat, qui constitue primitivement l'affection.

Un muscle contracturé entraîne la contraction du muscle antagoniste. Toutefois, il y a toujours un groupe de muscles qui l'emportent sur les autres. Pour le pied ce sont les abducteurs, et c'est pourquoi dant la tarsalgie le pied se met en valgus, le muscle le plus contracturé et le plus fort étant le court péronier latéral.

Mais son antagoniste, le jambier, l'est aussi, et quand le long péronier se prend, nous voyons souvent les extenseurs se prendre ainsi que le court fléchisseur propre du gros orteil, antagoniste de ces muscles.

Suivant que chacun de ces muscles, qui contribuent soit à affaisser la voûte, soit à l'excaver, sont plus ou moins forts, cette voûte sera affaissée ou excavée. Là encore nous voyons d'une façon bien nette l'action de la contracture musculaire.

Quelle est la cause de cette contracture ? Est-elle primitive, comme l'admettait Duchenne? est-elle secondaire, comme le pensait Gosselin et comme le pensent tous ceux qui ont écrit après lui? D'après l'étude des observations que j'ai recueillies, j'arrive à croire que ces deux opinions sont vraies. Il y a autant de variétés de tarsalgies qu'il y a de variétés de coxalgie. La déformation en valgus peut paraître au début des lésions tuberculeuses du tarse qu peuvent se produire à tout âge. Elle peut naître à la suite d'arthrites rhumatismales ou être consécutives aux arthrites traumatiques. Toutefois, la simple fatigue, le simple tiraillement des ligaments dans la station debout trop longtemps prolongée suffit quelquefois dans l'adolescence à amener la contracture musculaire.

Toutes ces causes sont bien légères, elles peuvent se rencontrer chez beaucoup de gens sans donner naissance aux phénomènes de tarsalgie, et il est à remarquer que c'est surtout pendant l'adolescence, chez les femmes encore jeunes, que se produisent les déviations du pied qui nous occupent.

Dans l'analyse de toutes nos observations, nous avons été surpris de voir combien on retrouvait souvent, concomitants avec la tarsalgie, des symptômes de nervosisme ou de troubles nerveux très marqués.

Chez tous, j'ai noté ces troubles du côté des membres malades, que plusieurs observateurs ont déjà signalés paralysie vaso-motrice, troubles de la sensibilité, refroidissement facile du membre, tendances très marquées aux escarres sous l'influence des moindres pressions.

Tous ces faits, recherchés minutieusement, m'ont amené à penser que dans un grand nombre de tarsalgies (en disant cela j'élimine les tarsalgies tuberculeuses), il y avait un facteur prédisposant important : l'hystérie, si commune dans l'adolescence; et ceci nous donne la raison de l'âge.

M. BROCA a opéré 83 pieds bots sur 59 sujets et ses opérations sont : 35 sections du tendon d'Achille sur 23 sujets dont 1 a dû subir plus tard des deux côtés le massage forcé, dont 1 a dû subir une double incision de Phelps ; 9 incisions de Phelps, sur 6 sujets dont 2 (1 unilatéral, 1 bilatéral) ont dû subir plus tard la tarsectomie : 15 massages forcés avec ténotomie sous le chloroforme à 11 sujets, dont 1 a subi plus tard la tarsectomie ; 34 tarsectomies sur 22 sujets. D'une manière générale M. Broca confirme, avec cette expérience personnelle, les conclusions du rapport de M. Forgue. On doit entreprendre le traitement aussitôt que possible, même dès la naissance, et dans ces conditions, sur l'enfant n'ayant pas encore marché, on réussira presque toujours par le massage et la ténotomie ; comme tous les auteurs, depuis Adams surtout, M. Broca insiste sur la nécessité de corriger le varus avant de couper le tendon d'Achille. Cette correction peut s'obtenir en quelques semaines, par des séances quoti-

diennes de massage ; mais on peut la réaliser en une seule séance de redressement brusque, modelant, pratiqué sous le chloroforme. Cette méthode, dont le principe est incontestablement déjà assez ancien, due à Delore en particulier, a été récemment réglée par Lorenz (de Vienne), dont le manuel opératoire pour attaquer successivement chacun des éléments de la difformité a été adopté par M. Broca.

Sur les sujets un peu âgés, ayant déjà marché, la force manuelle paraît d'ordinaire insuffisante, et, pour redresser brusquement le pied, on a inventé divers tarsoclastes. M. Broca n'est pas partisan de ces violences instrumentales, aisément aveugles et trop brutales et quand le redressement manuel échoue il préfère l'intervention sanglante. Il croit qu'alors la tarsectomie doit être préférée à l'incision de Phelps, car elle n'est pas plus grave (mortalité 0), déprime très peu le pied et donne un résultat à la fois plus rapide et plus sûr. La tarsectomie ne doit pas être bornée à l'astragalectomie, remède contre l'équinisme seulement, mais elle doit porter aussi sur la grande apophyse du calcaneum et, selon les besoins, sur les divers os du tarse jusqu'à ce que la correction soit parfaite, selon les préceptes énoncés par Lucas-Championnière.

M. Jalaguier (de Paris) — Voici ma façon de procéder depuis 3 ans : toutes les fois que, même chez le tout jeune enfant, le pied en varus équin forme un angle droit avec la jambe, je pratique, après ténotomie du tendon d'Achille, une incision unique sur le dos du pied, et fais alors la résection de la tête de l'astragale et de la grande apophyse du calcaneum. Si malgré cette résection la réduction ne se fait pas, je sectionne les ligaments plantaires internes. Quelquefois je raccourcis le muscle pédieux, ce qui relève les orteils. Cette opération, même chez les jeunes enfants, est préférable aux tarsoclasies quand le pied bot est très accusé. Elle m'a donné toujours d'excellents résultats, et abrège la durée du traitement habituel des pieds bots. Mais il ne faut pas négliger le traitement consécutif : le 12e jour après l'opération j'applique un appareil plâtré. Le 25e jour j'enlève l'appareil, et en général la correction est complète. On ne fait plus que de simples massages. Quand le pied bot est un peu accusé au contraire, et quand le varus reste au-dessous de l'angle droit, je me contente du redressement manuel.

M. Martin, (de Genève). Dans ma pratique j'emploie surtout la méthode de Venel pour traiter les pieds bots. Cette méthode remonte à plus d'un siècle; Venel exerçait dans le canton de Vaud. Venel divisait son traitement en 3 étapes : dans la 1re étape, il faisait de légères manipulations pour redresser le pied bot, tous les jours pendant 5 minutes environ ; dans une 2e étape, les manipulations étaient plus énergiques. Puis on mettait le sabot de Venel, formé d'une semelle sous forme d'une planchette de bois, sous laquelle s'adapte des tiges jambières. Dans une 3e période de convalescence, on fait mettre à l'enfant des bottines : on lui fait faire des exercices gymnastiques, on continue les manipulations. Il ne faut pas commencer le traitement dans les premiers mois. On le commence vers le 3e mois. Le traitement actif se fait surtout vers l'âge de 3 ans.

M. Péan. Chez le jeune enfant, on peut s'en tenir, dans le traitement des pieds bots, aux méthodes non sanglantes. Mais quand le pied bot est invétéré, il faut pratiquer des interventions plus sérieuses : ici l'opération de Phelps, l'ostéoclasie trouvent leur indication.

Les tarsectomies constituent une excellente méthode quand les autres moyens ont échoué.

Dans les cas invétérés, au lieu de faire d'emblée une opération grave, on incise sur la face dorsale et externe du pied. L'incision doit être verticale et comprend la peau et l'aponévrose ; puis on coupe au fur et à mesure tout ce qui gêne la réduction, et on réséque ainsi progressivement, s'il le faut, l'astragale, le cuboïde, le scaphoïde, etc. Dans le pied bot paralytique, il ne faut pas rechercher par le traitement une immobilité trop absolue. Le meilleur mode de traitement consiste dans la tarsectomie.

M. Lucas-Championnière. Je suis, au point de vue du traitement des pieds bots, d'une opinion absolument exclusive : je rejette l'orthopédie pure, je rejette de même es opérations sur tendons, je suis partisan absolu de l'opération osseuse. Il faut faire, en effet, des tarsectomies larges, et réséquer les plus grandes parties des os du tarse. La chirurgie tendineuse est, en effet, aussi dangereuse que la chirurgie osseuse, elle force le malade à une hospitalisation très prolongée. La tarsectomie large a un grand avantage : celui de supprimer les appareils orthopédiques.

Au début, je faisais des tarsectomies timides et parcimonieuses. Puis, petit à petit, j'ai fait de larges tarsectomies : celles-ci donnent une réparation parfaite. L'important est d'enlever le tarse ; il faut, en effet, avoir un pied malléable, pour lui donner une forme. L'opération doit donc être très radicale. J'enlève presque tout le tarse, sauf la partie postérieure du calcaneum. Plus on enlève d'os, plus on a un pied souple. Le pied est seulement raccourci; mais il conserve sa hauteur, et même la voûte plantaire se rétablit. Je ne mets pas d'appareil après l'opération. Il faut mobiliser le pied de bonne heure, pour avoir une bonne réparation.

M. Ollier (de Lyon). J'ai été élevé avec les idées de Bonnet, et chez les enfants au-dessous de 8 ans j'ai exclusivement recours aux méthodes de douceur pour traiter le pied bot varus. Je fais le redressement manuel avec ou sans ténotomie du tendon d'Achille.

Chez les enfants âgés de plus de 8 ans, si la réduction est difficile, on peut avoir recours à l'astragalectomie avec ou sans résection du cuboïde.

Chez l'adulte de même, il ne faut pas perdre son temps à réduire par les méthodes de douceur, il faut aller rapidement et droit au but, et faire d'emblée des résections osseuses, surtout l'astragalectomie. Mais je crois que M. Championnière va trop loin et fait des résections osseuses trop larges.

M. P. Redard. J'insiste sur l'abus des opérations chirurgicales dans le traitement des pieds bots et sur l'importance du redressement forcé et de la tarsoclasie instrumentale dans le traitement de certaines formes. M'appuyant sur les résultats de ma pratique, je pense qu'un grand nombre de cas de pieds bots peuvent être guéris sans opérations chirurgicales importantes, par des moyens simples, et en particulier par le redressement forcé manuel et instrumental. J'ai adopté depuis longtemps la tarsoclasie instrumentale.

En comparant la tarsoclasie aux interventions chirurgicales recommandées dans la cure des pieds bots (opération de Phelps, tarsotomies, tarsectomies), j'arrive à croire à un abus fait par certains chirurgiens de ces opérations.

Le redressement forcé manuel est indiqué non seulement ur les pieds bots graves des nouveau-nés et des jeunes fants jusqu'à l'âge de six ans, mais encore pour les pieds ts prononcés invétérés, des enfants plus âgés et des ado scents.

Le redressement forcé agit efficacement sur les pieds bots ırus équins tendineux et aussi sur ceux tendineux et os ux. Il corrige, surtout chez l'enfant, les déformations quelettiques du pied bot varus même très prononcées, ré uit les subluxations des os, en particulier de l'astragale, ctirfieet mobilisles articulation tarso-métatarsiennes. Si les eds bots varus équins résistent au redressement forcé ma ıel, on tentera, avant de se décider à des interventions nglantes, le redressement forcé instrumental (tarsoclasie). La tarsoclasie instrumentale pratiquée par des machines ıéciales, suivant des règles précises, avec prudence est :empte d'inconvénients. Je n'ai jamais noté les eschares, s délabrements, les écrasements osseux, les fractures, les astases malléolaires que l'on a reprochés à cette méthode. es accidents primitifs ou secondaires sont évités, si les ·gles de la technique opératoire sont prudemment et régu èrement appliquées.

Le redressement forcé instrumental a une puissante et ıpide action de correction sur les déformations tenant aux ·tractions de la partie interne du pied dans les varus et ırtout sur les déformations d'origine osseuse.

Il a surtout l'avantage de n'exiger le sacrifice d'aucune artie importante du pied, de ne pas retentir d'une façon ıcheuse sur les noyaux osseux de développement des os u tarse, de donner une guérison avec conservation de la ›rme du pied sans raccourcissement ni troubles fonction els.

Cette méthode convient tout particulièrement aux pieds ots varus équins qui ont résisté aux redressements, aux ›ins manuels, aux varus équins graves invétérés avec dé ›rmations et subluxations osseuses considérables.

Presque tous les pieds bots peuvent être guéris par le re ressement forcé manuel ou la tarsoclasie.

L'opération de Phelps, sans adjonction d'ostéotomie ou e redressement forcé, ne peut agir que sur les obstacles à a réduction dépendant des parties molles retractées.

Le redressement forcé manuel ou instrumental a sur opération de Phelps la supériorité d'agir à la fois sur les ›arties molles rétractées et aussi sur les déformations et les éplacements osseux.

M. Bilhaut. — Le pied bot congénital doit être soumis u redressement dès la naissance. Dans le pied bot non traité ès la naissance, les ténotomies, variant suivant la direc ·on de la déviation, doivent être pratiquées au plus tôt. Elles devront être suivies de l'application d'un appareil de naintien parfaitement exact. Les soins consécutifs seront de ongue durée : le massage sera pratiqué avec méthode, dès que la solidité des tendons réparés permettra d'y recourir. Dans les cas graves, on donnera le choix, lorsque les sujets ne seront pas trop avancés en âge, au procédé de Phelps. L'incision portera au maximum sur le ligament en Y. Il est nécessaire que la correction soit d'emblée complète. Dans les as de pied bot extrême, et plus particulièrement chez les dultes, quand il est impossible d'atteindre une correction ans faire une brèche osseuse, on recourra autant que pos ible, à la tarsectomie antérieure.

L'astragale réintègre suffisamment la mortaise tibio-tarsienne, dans la pluralité des cas, aussi le résultat fonctionnel est-il excellent, par suite du retour normal de la flexion. Si les dimensions de l'astragale s'opposent à la rentrée de cet os dans la mortaise articulaire, il faut modifier la poulie, détruire les exubérances osseuses ou cartilagineuses faisant obstacle. Ce procédé donne de meilleurs résultats définitifs que l'astragalectomie.

Dans le pied bot acquis et consécutif à la paralysie spinale infantile, à la paralysie diphtérique, etc., si la déformation de l'astragale est considérable, l'astragalectomie est l'opération de choix.

Quand la correction est ainsi obtenue, s'il existe un relâchement de l'appareil ligamenteux de l'avant-pied, le traitement devra comprendre, en outre, l'arthrodèse de l'articulation médio-tarsienne. Le pied bot ballant est justiciable de l'arthrodèse de la tibio-tarsienne et de la médio-tarsienne.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 11 novembre. — Présidence de M. Ch. Monod.

Traitement du prolapsus rectal. — M. Bazy. J'ai, il y a deux ans, présenté l'observation d'une malade atteinte de rein flottant et de prolapsus du rectum.

La tumeur rectale mesurait 18 centimètres de longueur et 14 de largeur. Elle était irréductible, aussi au lieu de chercher à l'exciser, je pensais à la réduire, à la fixer et à refaire le sphincter. J'employai le procédé de Gérard Marchant et la réfection de l'anus par des points de suture circulaires.

M. Gérard Marchand. Par une laparotomie, M. Nélaton a eu l'idée de fixer l'anse oméga, puis de réséquer le prolapsus rectal. Ce n'est pas la première fois que l'on a l'idée d'attribuer le prolapsus rectal à un relâchement de l'anse oméga. Verneuil et Jeannel s'étaient appuyés sur cette raison théorique pour tenter la fixation rectale. Mais le résultat ne répondit point à leur attente.

La malade s'est représentée à nombre de chirurgiens. J'ai eu l'occasion de l'opérer et je crois avoir obtenu un résultat chez elle.

Doit-on considérer ces cas comme des prolapsus? n'est-ce pas une invagination rectocolique qu'avaient déjà distinguée les anciens.

Dans les cas de prolapsus, le fait capital est l'élongation, la disparition des plis musculaires; le releveur, le sphincter sont atrophiés. D'où augmentation de volume énorme de l'ampoule rectale. A côté de ce prolapsus, il y a celui des gens jeunes, des soldats,—le prolapsus vient à la suite d'un effort — dans ce cas il y a hypertrophie musculaire.

Il faut donc différencier les deux espèces de prolapsus, prolapsus de faiblesse et prolapsus de force. Dans les deux on trouve l'augmentation de volume de l'ampoule rectale, c'est la seule lésion commune. Si nous ne faisons pas la rectopérinéorrhaphie, nous ne remédions pas à la lésion véritable.

La rectococcipexie ne remédie pas à la hernie muqueuse, mais les moyens simples peuvent remédier à ce simple inconvénient.

M. Reynier fait un rapport sur une observation envoyée par M. Courtin (de Bordeaux) sur une hernie inguinale du

cœcum. C'était un homme de 62 ans. Après l'ouverture du sac se produisirent deux perforations intestinales. On mit sur les anses intestinales deux pinces et on réséqua tout ce qui dépassait l'anneau. Il avait réséqué l'anse éliocolique, puis il fit l'abouchement latéral par entérorrhaphie de l'intestin grêle avec le cœcum. Celui-ci fut oblitéré et ce n'est que plus haut qu'il fit l'abouchement. Le malade guérit et fut revu un an après.

Ces hernies du cœcum ont été signalées depuis longtemps. Leur mécanisme a été différemment expliqué. Les diverses explications ont été tantôt acceptées, tantôt rejetées. Je les reprendrai devant vous, en faisant valoir l'importance de l'adhérence qu'avait si bien vu Scarpa, adhérence charnue.

Ostéome du maxillaire inférieur. — M. LEJARS. Il y a quelque temps M. Berger présentait une observation, peut-être l'unique, d'ostéome du maxillaire. J'ai eu l'occasion de voir une malade atteinte d'une affection semblable. C'était une Bretonne, ne parlant pas français et entrée à Beaujon. Le maxillaire ne présentait aucune dent cariée, et aucune anomalie dentaire.

Il existait une tumeur que l'on dut attaquer après l'incision extérieure avec la gouge et le maillet.

A l'examen histologique on reconnut du tissu osseux pur, grandes lamelles aux ostéoplastes étoilés.

Tumeur de l'encéphale. — M. BARETTE. Il s'agissait d'un malade atteint d'un traumatisme ancien, chez lequel existait une tumeur comprimant le cervelet.

Entre le traumatisme et les premiers symptômes se passèrent 15 années. A ce moment douleurs intenses, altération de la vision, puis contraction dans les muscles postérieurs de la nuque. Au crâne on sentait une perte de substance avec fragment osseux mobile. L'intervention fut décidée et je résolus de la faire en deux temps.

Après l'incision du péricrâne survint une hémorrhagie veineuse dont le malade mourut le lendemain.

A l'autopsie on trouve deux orifices dans le crâne dont les parois étaient amincies et remplies de gros canaux veineux. Dans le cerveau, le cervelet, existait un néoplasme qui gagnait le pressoir d'Hierophile où il interrompait le courant veineux des sinus. La nature histologique de cette tumeur a été examinée. C'était un sarcôme névroglique

Hématocèle et grossesse extra-utérine. Laparotomie. Guérison. — Présentation de pièces par M. REYNIER.

Deuxième temps d'ablation du rectum. — Présentation de pièces par M. QUÉNU.

F. VERCHÈRE.

ASSOCIATION FRANÇAISE D'UROLOGIE

Première session : 23 octobre 1896

Valeur comparative de la ponction hypogastrique et de l'incision sus-pubienne dans le traitement des rétentions aiguës d'urine. — M. LEGUEU. Dans les cas très rares, où, en présence d'une rétention aiguë d'urine, le cathétérisme est impossible, la ponction hypogastrique et l'incision sus-pubienne constituent deux ressources précieuses, auxquelles j'ai dû avoir recours neuf fois seulement dans ces dernières années.

En ce qui concerne la ponction, je n'ai jamais observé aucun des accidents qu'on lui a reprochés, en particulier l'infiltration d'urine. En ponctionnant directement au-dessus de la symphyse, on ne peut léser aucun organe important; le péritoine est élevé, et on compte les cas dans lesquels il y avait adhérence de la séreuse à la symphyse. On reproche encore à la ponction d'être une méthode purement palliative : c'est justement un de ses principaux avantages, elle permet d'attendre, et, deux fois, j'ai vu le cathétérisme, jusqu'alors infructueux, devenir possible une fois la vessie évacuée par la ponction et décongestionnée.

L'incision sus-pubienne n'a ni cette simplicité, ni cette bénignité dans ses suites : l'avenir des cystostomisés n'est pas toujours brillant, et il faut restreindre la cystostomie aux seuls cas dans lesquels il est absolument impossible de procéder autrement. La ponction et l'incision sus-pubienne ne sont donc pas absolument comparables; elles ont l'une et l'autre leurs indications relatives et leurs contre-indications tirées ou de l'état local ou de l'état général.

Chez les prostatiques en rétention aiguë, la ponction m'a paru très utile pour parer aux accidents immédiats; on la répète plusieurs fois dans les vingt-quatre heures, et il est rare que le cathétérisme reste impraticable. L'incision sus-pubienne me semble indiquée seulement dans trois circonstances : quand il y a fausse route, quand il y a infection, ou enfin lorsque, malgré les ponctions, le canal reste imperméable. J'ai pratiqué la cystostomie d'urgence pour une rétention aiguë, chez un prostatique chez lequel le cathétérisme intempestif avait créé des lésions qui ne me laissaient pas l'espoir de pouvoir passer ultérieurement. D'ailleurs, il y avait en même temps de la fièvre. Malgré la cystostomie et la mise à demeure d'une sonde dans l'urèthre, d'arrière en avant, le malade mourut le lendemain d'accidents d'infection urinaire suraiguë.

Dans les rétentions par obstacle uréthral, rétrécissement ou rupture, le traitement direct par l'urétrotomie externe, la résection du rétrécissement ou la suture de la rupture, constitue la méthode de choix, toutes les fois que le cathétérisme est impossible et que la nature des accidents ne permet pas de différer l'intervention. La ponction hypogastrique ne peut alors arriver qu'à différer de quelques heures cette opération.

L'icision sus-pubienne, au contraire, constitue une ressource précieuse, un expédient auquel on peut avoir recours secondairement pour les obstacles siégeant sur l'urètre antérieur, et principalement pour ceux qui siègent sur l'urètre postérieur. Dans le premier cas, l'opération portant sur le périné permet presque toujours, si elle est bien conduite, de trouver le bout postérieur : mais, si les recherches sont infructueuses, on incise la vessie pour terminer rapidement, par le cathétérisme rétrograde, une intervention qui menaçait d'être trop longue. J'ai pratiqué une fois cette cystotomie secondaire, et j'ai pu terminer rapidement et dans de bonnes conditions l'opération. Par contre, j'ai eu recours une fois à l'incision sus-pubienne primitivement pour traiter une fausse route de l'urètre antérieur; malgré le succès que j'ai obtenu, je ne suis pas convaincu que je n'aurais pas réussi autrement, et la cystotomie primitive pour les obstacles siégeant sur l'urètre antérieur ne me paraît jamais indiquée.

Pour les obstacles de l'urètre postérieur, il en va autrement. De ce côté, les recherches par le périnée, lorsqu'elles ne sont pas dirigées par un conducteur, menacent de s'éter-

niser, qu'il s'agisse de traumatisme récent par fracture du bassin ou de rétrécissement traumatique, et le cathétérisme rétrograde à travers la vessie me paraît un expédient utile, auquel on peut avoir recours de prime abord dans tous les cas. J'ai pratiqué deux fois cette incision sus-pubienne primitive pour traiter des rétrécissements infranchissables de l'urètre postérieur, et je considère cette conduite comme la méthode de choix.

Enfin, quel que soit la nature de l'obstacle, lorsque la gravité des accidents généraux contre-indique absolument une opération longue et délicate comme l'urétrotomie externe, la cystotomie primitive s'impose comme le premier temps d'une opération qui ne sera complétée que plus tard, alors que l'état général devenu meilleur le permettra.

En résumé, je considère la ponction hypogastrique appliquée aux rétentions aiguës comme un procédé d'expectation effective. Elle peut être utile daus tous les cas ; elle n'est absolument contre-indiquée que chez les prostatiques infectés ou atteints de fausse route.

L'incision sus-pubienne, au contraire, est, suivant les cas, un mode réel de traitement ou un expédient auquel il pourra être utile d'avoir recours pour parfaire le traitement direct de la cause de la rétention. Elle s'impose de prime abord chez les prostatiques infectés, pour toutes les rétentions qui sont la conséquence d'une lésion de l'urètre postérieur, eu pour celles qui, quelle qu'en soit la cause, s'accompagnent d'une infection assez grave pour contremander toute tentative de traitement direct sur la lésion urétrale.

Elle est utile et souvent nécessaire comme expédient, toutes les fois qu'au cours d'une urétrotomie externe pratiquée sur l'urètre antérieur la recherche du bout postérieur est restée infructueuse.

M. Vigneron (Marseille). Je n'ai que deux mots à dire, c'est de m'associer absolument aux conclusions de mon ami Legueu. Comme lui, j'avoue n'avoir, depuis sept ans, rencontré que des rétentions prostatiques où je pouvais passer : je ne me souviens que de deux cas antérieurement cathétérisés, à qui on avait fait des fausses routes, et chez lesquels j'ai dû pratiquer la ponction. L'un, aseptique, a été ponctionné sans le moindre inconvénient, trois fois par vingt-quatre heures, pendant dix-neuf jours, en 1888, dans le service de M. Monod. Le second, sondé également avec fausses routes, a été ponctionné trois fois par moi, il y a quelques mois, à Marseille. Tous deux se sont, à la suite, remis à uriner.

Chez les rétrécis, au contraire, j'estime qu'on doit immédiatement s'adresser à la lésion quand le cathétérisme est réellement impossible. La ponction ne peut être indiquée que dans les cas où l'on veut se donner le temps de préparer l'intervention, de se procurer l'instrumentation nécessaire. Et on peut passer une bougie conductrice. J'estime qu'alors les indications de la ponction disparaissent, le malade commençant à uriner dès que cette bougie a pu passer. J'en ai eu un cas démonstratif, il y a eu un an exactement, chez un rétréci serré, venant de subir des fausses routes, n'ayant pas uriné depuis quatorze heures et qui, la bougie passée, put vider en partie sa vessie et attendre le matin pour subir l'uréthrotomie interne.

M. Guiard (Paris). — Je ne suis partisan de la ponction que si l'urine est aseptique. Dans les cas de vessie infectée, j'en suis l'adversaire, ayant observé un cas de mort par péritonite, en quelques heures, chez un malade ponctionné, puis cathétérisé. J'estime que jamais on ne doit attendre la distension de la vessie pour pratiquer une deuxième ponction ; elle doit être pratiquée toutes les deux ou trois heures. Je voudrais aussi voir la méthode du mandrin vulgarisée parmi les médecins, et je pense qu'il faudrait modifier le procédé de M. Guyon avec un mouvement double combiné de glissement de la sonde sur le mandrin pendant qu'on le retire. J'ai l'habitude de me contenter de pousser la sonde sur le mandrin ; ce procedé, plus facile pour ceux qui sont moins habitués à cette manœuvre, devrait être vulgarisé.

M. Albarran (de Paris). Je suis de l'avis de Legueu ; la ponction a des indications très rares ; mais il faut la pratiquer d'abord pour cystotomiser au besoin après. La ponction est anodine et les accidents qu'elle peut amener sont des abcès sus-pubiens, que j'ai pu rencontrer en ville et qui n'ont présenté aucune gravité. J'estime qu'on peut espacer les ponctions un temps bien plus long que ne le pense M. Guiard. Ceci dit de la ponction, j'ajoute que je n'en ai jamais pratiqué moi-même.

M Assaky (Paris), considère la ponction comme bénigne, mais la repousse dans tous les cas de rupture.

M. Tédenat (Montpellier). Depuis quinze ans, je n'ai jamais pratiqué la ponction hypogastrique, ayant toujours pu introduire une sonde dans la vessie. Avec de la patience et un peu d'ingéniosité, on passe à travers des rétrécissements même très étroits. La sonde de Gély ou mieux une sonde molle, portée sur un mandrin, pénètre même dans les cas d'énorme hypertrophie de la prostate.

J'ai fait jadis de nombreuses ponctions capillaires à l'hypogastre. Parfois, j'ai eu des accidents graves. J'ai vu, dans le service de Desgranges à Lyon, deux cas où les malades ont succombé à la suite de phlegmons diffus de l'espace prévésical. Par contre, un prêtre, âgé de soixante-cinq ans, a été ponctionné, sans le moindre accident, trois fois par vingt-quatre heures, pendant près de deux mois. Un jour, on s'avisa de le sonder et son hypertrophie de la prostate n'empêcha pas l'introduction d'une grosse sonde. A cette époque, déjà lointaine (1875), on ne s'occupait aucunement de désinfecter trocarts ni téguments.

Parfois, la ponction s'accompagne d'abcès tardifs circonscrits. Ce retard dans la suppuration doit venir d'un faible degré de septicité. Un malade, auprès duquel je fus appelé pour une rétention par rétrécissement, avait été ponctionné vingt-quatre heures avant avec un trocart flambé, mais avec une antisepsie très incomplète de la région sus-pubienne. Je trouve la vessie distendue et fais, pour aller vite, une uréthrotomie interne. Résultat parfait ; quelques jours après, vague douleur sus-pubienne, puis fièvre ; rappelé quatre semaines après auprès du malade, je lui ouvris un abcès très bien circonscrit, développé au niveau de la ponction. Son urètre avait le calibre 25.

J'aurais eu l'occasion de faire la ponction, mais je n'avais pas les instruments nécessaires. Ce malade était dans le coma, absolument insensible. Vessie distendue jusqu'à l'ombilic. N'ayant que ma trousse, la sonde de Gély et, des sondes de Nélaton, je fis la taille sus-pubienne directement, le cathétérisme rétrograde avec la sonde de Gély et après section d'un rétrécissement filiforme de la région bulbaire, je mis une sonde en caoutcheuc à demeure. Suture de la vessie et drainage (sonde en caoutchouc). Guérison rapide.

M. Jeannel (de Toulouse). Depuis vingt-cinq ans, j'ai fait un certain nombre de ponctions sans danger, sans accident, quand les urines sont aseptiques. J'ai à rapporter le fait suivant : un homme de soixante-dix ans, prostatique avec rétention de quarante-huit heures, avait subi des fausses routes et avait été ponctionné. On arrive à lui passer une sonde, mais il l'enlève et la remet. Le lendemain, il fait une chute sur le sacrum et meurt d'urémie. Comme lésions à l'autopsie : fausse route, vaste hématome d'un demi-litre dans la cavité de Retzius, avec urines aseptiques. Reins présentant des lésions suffisantes pour expliquer l'urémie.

J. Albarran (de Paris). La ponction peut amener la blessure d'une veine de la paroi sus-pubienne; en cas de rétention, les veines sont d'ailleurs dilatées. La mort du malade de M. Jeannel est attribuable à ses lésions rénales, à sa chute, au repassage des sondes, mais nullement à l'hématome de la ponction.

M. Potherat (de Paris). Je me range à l'opinion de M. Legueu. Je pense que l'incision sus-pubienne n'est jamais une intervention d'urgence. J'ai fait plusieurs ponctions sans avoir jamais eu d'accidents, entre autres, chez un malade qu'en 1891 j'ai ponctionné vingt-huit fois. Je ne le fis qu'après la taille sus-pubienne. L'urètre n'a jamais pu depuis laisser passer une sonde et le malade a dû garder son méat hypogastrique. Pour moi, la ponction est un procédé d'attente qui est à conserver.

De l'anesthésie locale par l'eucaïne. — M. Legueu. Depuis quelques mois, j'ai substitué l'eucaïne à la cocaïne pour la pratique des opérations qui ne demandent que l'anesthésie locale, et plus spécialement pour celles qui portent sur l'appareil urinaire.

A des propriétés anesthésiques égales, sinon supérieures, le chlorhydrate d'eucaïne a l'avantage d'une moindre toxicité ; en outre, le sel étant plus stable, les solutions peuvent être stérilisées par l'ébullition.

Alors que six centigrammes de cocaïne suffisent à tuer en trois quarts d'heure un cobaye, nous avons constaté dans des expériences comparatives faites avec mon élève, M. Lihon, que huit centigrammes d'eucaïne n'amenaient qu'en une heure et demie la mort d'un cobaye de même poids.

Les solutions dont je me sers sont au centième, la dose injectée dans l'urètre ou sous la peau ne dépasse pas 5 à 6 centigrammes. Pour la technique, je me suis en tout conformé aux règles précisées par M. Reclus pour la cocaïne; et c'est sans doute ce qui m'a permis de n'observer aucun de ces accidents qui ont marqué les débuts de la cocaïne.

Pour la cystoscopie, cependant, j'emploie une solution au cinq centième, dont j'injecte dans la vessie de 160 à 200 grammes, suivant les cas, soit 20 à 40 centigrammes d'anesthésique.

Au contraire de la cocaïne, l'eucaïne a des propriétés congestives, ce qui doit faire contre-indiquer son emploi dans les cas où le saignement est très prononcé.

M. Carlier. La stérilisation des solutions de cocaïne n'est pas aussi difficile qu'on vient de le dire. Grâce à la technique suivante on n'a jamais de suppuration. On prépare avec des papiers stérilisés des paquets contenant 0 gr. 05 de cocaïne, et, au moment de l'opération on les verse dans de l'eau stérilisée. A ce propos, j'indiquerai aussi un procédé particulier d'anesthésie de la verge; en faisant une injection à la base de la verge, au niveau du nerf dorsal et sur les parties latérales et inférieures, on a une anesthésie de tout l'organe ; on peut ainsi faire des circoncisions le frein seul reste parfois un peu sensible.

Blennorrhagie et prostatisme. — M. Eraud (Lyon). L'auteur pense qu'il existe entre la blennorhragie — maladie de jeunesse — et, d'autre part, certains accidents prostatiques — maladie de vieillesse — une relation assez fréquente. Ainsi, quand on examine certains malades âgés de cinquante, soixante, soixante-dix ans, qui viennent consulter pour des troubles urinaires spéciaux, on est frappé de rencontrer des lésions, des symptômes qui vous ramènent à plusieurs années en arrière, Car, d'après la nature de leurs accidents, et vu surtout leur âge avancé, on est porté à poser le diagnostic d'hypertrophie prostatique; que si, pourtant, on recueille leur sécrétion urétrale, et si on les fait pisser de façon à avoir les premières parties de l'urine, ainsi que leur résidu urinaire prostatique, on est surpris de trouver des grumeaux, des filaments qui, examinés au microscope, présentent une composition riche en leucocytes plus ou moins jeunes, au milieu desquels on peut déceler, dans quelques cas, rares il est vrai, des gonocoques soit épais, soit réunis par groupe de 2, 3, mais toujours en petit nombre. Somme toute, de par cet examen, on est amené à conclure qu'on se trouve en présenee de lésions qui rappellent en tous points une blennorrhagie plus ou moins ancienne.

De plus, si par le toucher rectal on s'applique à bien étudier la configuration, la consistance, la sensibilité de la prostate, on reconnaît que, tout en étant plus ou moins augmentée de volume, cette prostate ne présente pas la dureté ligneuse, fibreuse, qu'offre en général une prostate vraiment hypertrophiée.

Une dernière preuve se tire du traitement. C'est ainsi que chez ces mêmes malades, alors que la sonde utilisée pour évacuer leurs urines ne leur procure souvent pas de bénéfice, voire même de l'irritation, on voit par contre les moyens calmants et décongestifs (suppositoires, lavements, instillations) produire une réelle amélioration soit dans l'évacuation de leurs urines, soit dans le nombre de leurs mictions.

Il ne semble pas qu'on puisse considérer ces malades comme atteints d'une hypertrophie prostatique vraie, même commençante. Il y a donc lieu de procéder à des démembrements dans cette maladie très complexe qui a pour nom générique hyperthrophie de la prostate, car nous n'en connaissons pas encore bien les modalités diverses.

NOUVELLES

Hopitaux de Paris. — Concours de l'externat. Questions posées. Anatomie. *Articulation coxo-fémorale.* — *Maxillaire inférieur.* — *Configuration extérieure et rapports de la face inférieure du foie.* — *Veine cave inférieure.* — *Ligaments et synoviales de l'articulation du genou.*

Pathologie : *Signes fournis par la percussion et l'auscultation dans la tuberculose pulmonaire chronique.* — *Signes et complications des fractures de côtes.* — *Symptômes et marche de l'insuffisance mitrale.*

Le Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine a procédé vendredi à l'élection d'un membre titulaire en remplacement de M. Lagneau.

M. Duguet a été présenté en première ligne; M. Drouineau en seconde ligne; M. Jullien en troisième ligne.

L'élection à la place laissée vacante par M. Rochard aura lieu le 4 décembre prochain.

Les candidats sont : MM. Lucas Championnière, Letulle, Drouineau, Jullien et Gilles de la Tourette.

Conseil de surveillance de l'Assistance publique. — M. Millard est nommé membre honoraire du conseil de surveillance de l'administration générale de l'Assistance publique.

Corps de santé de la marine. — Par décrets, en date du 7 novembre 1896, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin principal. — MM. les médecins de première classe Boutin et Philip.

Au grade de médecin de première classe. — MM. les médecins de deuxième classe Avrilleaud, Wallerand, Caraës, Bailly et Bourdon.

— Par décret, en date du 7 novembre 1896, ont été nommés dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin principal. — MM. Baissas et Canoville, médecins principaux de la marine en retraite.

Au grade de médecin de deuxième classe — M. le docteur Dupin, médecin de deuxième classe de la marine, démissionnaire.

Conseil général de la Seine. — *La révocation d'un médecin des Enfants-Assistés.* Le Conseil général a consacré la plus grande partie de sa dernière séance à la discussionsoulevée par MM. Patenne et Dubois au sujet de la révocation d'un médecin des Enfants-Assistés et qui s'est terminée, par un blâme infligé à l'administration.

C'est M. Dubois qui interpellait le préfet de la Seine. Il a dit que M. Cambillard, médecin des Enfants-Assistés du département de l'Yonne, fut brutalement et sommairement révoqué au mois de juillet dernier, bien que, peu de temps auparavant, le directeur de l'Assistance publique eût honoré d'une récompense ses longs et dévoués services. C'est à des haines et à des rancunes politiques soulevées pendant la dernière période électorale municipale qu'il faut attribuer cette injustifiable mesure.

M. Dubois conclut en déposant l'ordre du jour suivant :

Le Conseil général, considérant que le docteur Cambillard, ancien médecin des enfants assistés de la Seine dans le département de l'Yonne, a toujours rempli son devoir ; que la révocation dont il a été victime constitue un acte inqualifiable d'arbitraire politique ; blâme le préfet de la Seine, qui a signé la révocation du docteur Cambillard, et le directeur de l'Assistance publique, qui a laissé accomplir cette mauvaise action alors qu'il connaissait les mérites et le dévouement de ce médecin, livre à l'appréciation du pays républicain les procédés du gouvernement et émet le vœu qu'une réparation immédiate soit accordée au docteur Cambillard.

Le préfet de la Seine répond que c'est pour avoir introduit la politique à l'Assistance publique que M Cambillard a été révoqué, car il a fait servir à sa politique les fonctions presque sacrées dont il était investi. Cette attitude avait été signalée au ministre de l'intérieur, qui fit procéder à une enquête.

Le ministre de la justice en fit une autre de son côté et il a été établi que M. Cambillard déclarait à ceux des électeurs sur lesquels il pouvait agir, à ceux qui recevaient des enfants assistés de la Seine que, si l'ancien maire de la commune était réélu conseiller municipal, les enfants assistés quitteraient la commune.

Tels sont les faits qui ont décidé le ministre de l'intérieur à demander aux préfets des départements de la Seine, de Seine-et-Marne, de Seine-et-Oise et de l'Yonne de faire cesser les services de ce médecin.

M. de Selves termine en disant qu'il est surpris qu'un tel débat n'ait pas été porté de préférence dans une autre assemblée.

M. Paul Strauss, rapporteur du budget des Enfants assistés, répond que c'est à bon droit que la question a été posée devant le Conseil général. Il a fait lui-même une enquête sur place et n'a recueilli que des témoignages favorables au docteur Cambillard et il est vrai que sa révocation n'est due qu'à des questions de politique locale.

M. Prache riposte avec vivacité ; habitant cette contrée de l'Yonne pendant une partie de l'année, il a pu faire une enquête minutieuse de laquelle il résulte que la révocation de M. Cambillard est due à des divergences profondes entre ce médecin et l'ancien maire de Sainte-Magnance, au sujet de l'emplacement du cimetière et de l'agrandissement de l'école. M. Cambillard patronnait la liste des adversaires du maire, et il a usé de sa mission publique pour exercer une pression sur les électeurs ; il disait : « Vous ne recevrez plus d'enfants assistés, si vous ne votez pas pour la liste que je patronne, si ma liste passe, il en arrivera d'autres. »

M. Dubois proteste. Le docteur Cambillard a dit : « Tant que la municipalité actuelle existera, vous ne recevrez pas d'enfants, puisqu'il n'y a pas d'école. »

M. Prache estime que le ministre de l'intérieur était dans son droit en frappant un fonctionnaire de l'Assistance publique qui se servait de ses fonctions pour faire de la politique.

Après un violent débat au cours duquel M. Peyron déclare que les médecins de l'Assistance publique doivent réunir une double condition, à savoir : la garantie professionnelle et le républicanisme avéré, M. Paul Strauss fait approuver, par 62 voix contre une, l'ordre du jour suivant :

Le Conseil général,

Proteste énergiquement contre la révocation arbitraire du docteur Cambillard, exclusivement inspirée par des intérêts électoraux.

Blâme ces procédés administratifs et invite le directeur de l'Assistance publique à accorder au docteur Cambillard la réparation qui lui est due.

Malgré ce vote, M. Dubois maintient son ordre du jour, qui est également adopté.

Cours de clinique chirurgicale. — M. le prof. Berger commencera ce cours le vendredi 20 novembre 1896, à l'hôpital de la Pitié, à 9 h. 1/2 du matin, et le continuera les lundis et vendredis suivants, à la même heure.

Conférences de gynécologie pratique, les mercredis, à 9 h. 1/2 du matin, par M. le Dr Reblaud, chef de clinique.

Conférences sur la bactériologie et l'anatomie pathologique, les jeudis à 9 h. 1/2 du matin, par M. le Dr Besançon, chef de laboratoire.

Examen des malades, visite dans les salles et opérations, tous les jours, à 9 heures moins un quart.

Clinique d'accouchements et de gynécologie. — M. le professeur Tarnier commencera ce cours le samedi 14 novembre 1896, à 9 heures du matin (clinique d'accouche-

ments, rue d'Assas), et le continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure.

Ordre du cours :

Mardi et samedi : leçons à l'amphithéâtre.

Visite des malades tous les matins, à 9 heures.

Clinique d'accouchements et de gynécologie. — M. le Pr Pinard commencera ce cours le lundi 9 novembre 1896, à 9 heures du matin (cliniqne Baudelocque, 125, boulevard de Port-Royal), et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Ordre du cours :

Lundi et vendredi : leçons de clinique obstétricale à l'amphithéâtre, par le professeur.

Mercredi : leçons et opérations de gynécologie, par le Dr P. Second, agrégé.

Autres jours : leçons et opérations de chirurgie infantile, par le Dr Kirmisson, agrégé. — Anatomie obstétricale pathologique, par le Dr Varnier, agrégé. — Leçons de diagnostic obstétrical, par le Dr Bouffe de Saint-Blaise, chef de clinique. — Kinésithérapie gynécologique, par le Dr Stapfer, ex-chef de clinique.

Cours pratique et manœuvres obstétricales par les Drs Lepage et Potocki, accoucheurs des hôpitaux; Wallich, ex-chef de clinique; Baudron et Funk Brentano, répétiteurs.

Hôpital Saint-Louis. — Cours clinique des maladies cutanées et syphilitiques. — Le professeur Alfred Fournier commencera ce cours le vendredi 13 novembre, à dix heures, et le continuera les mardis et vendredis suivants à la même heure.

Cours d'histoire de la Médecine et de la Chirurgie. — M. le professeur Laboulbène commencera le cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie le jeudi 12 novembre 1896, à 4 heures (petit amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

Dans la première leçon, le professeur résumera l'histoire du journalisme médical.

Société de médecine et de chirurgie pratiques de Paris. — Prix Alfred Guillon. — La Société de médecine et de chirurgie pratiques de Paris rappelle qu'elle décernera, à la fin de l'année 1896, une médaille d'or de la valeur de 150 francs à l'auteur du meilleur travail, *manuscrit ou imprimé*, paru dans l'année, sur les maladies des voies urinaires, chez l'homme ou chez la femme.

Les mémoires devront être envoyés, avant le 1er décembre, à l'hôtel des Sociétés Savantes, 28, rue Serpente, à Paris, sous le couvert de la *Société de Médecine et de Chirurgie pratiques*, ou à M. le docteur Dignat, Secrétaire général de la Société, 14, avenue Carnot, à Paris.

La mortalité à Paris. — Pendant la 45e semaine, du 1er au 7 novembre 1896, le service de la statistique a compté 844 décès au lieu de 844 et de 866 (moyenne des semaines de novembre), l'état sanitaire est donc moins satisfaisant.

Les maladies épidémiques continuent cependant à être rares (18 comme la semaine dernière au lieu de la moyenne 39); la rougeole a causé 2 décès au lieu de 3 et de la moyenne 5; la diphtérie 3 au lieu de 4 et de la moyenne 18.

Il n'y a pas eu de décès ni par variole, ni par typhus, ni par scarlatine, ni par influenza. La fièvre typhoïde et la coqueluche vont seules en augmentant et causant: la *fièvre typhoïde*, 7 décès au lieu de 2 et de la moyenne 9; la coqueluche 6 décès au lieu de 3 et de la moyenne 3.

La diarrhée infantile (athrepsie, etc.), a causé 37 décès au-dessous de 1 an au lieu de 34 et de la moyenne 32.

En outre 23 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 78 décès (au lieu de 80 pendant la semaine précédente et au lieu de 120, moyenne ordinaire de la saison). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : Bronchite aiguë, 16 décès (au lieu de la moyenne 20); bronchite chronique, 27 décès (au lieu de la moyenne 30); broncho-pneumonie, 17 décès (au lieu de la moyenne 31); pneumonie, 24 décès (au lieu de la moyenne 39). Les autres maladies de l'appareil respiratoire ont entraîné 50 décès, dont 32 sont dus à la congestion pulmonaire.

La phtisie pulmonaire a causé 190 décès au lieu de la moyenne 186; la méningite tuberculeuse, 20 décès; la méningite simple, 18 ; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 24 décès ; l'apoplexie, la paralysie et le ramollissement cérébral, 64 décès, et les maladies organiques du cœur, 77; le cancer a fait périr 59 personnes. Enfin 26 vieillards sont morts de débilité sénile.

Il y a eu 14 suicides, et 11 autres morts violentes.

On a célébré à Paris 499 mariages.

On a enregistré la naissance de 1064 enfants vivants (517 garçons et 547 filles), dont 769 légitimes et 295 illégitimes. Parmi ces derniers, 41 ont eté reconnus immédiatement.

On a déclaré la mise en nourrice de 363 enfants, dont 1 seront placés à Paris, Parmi ces enfants, 83 seront nourris au sein et 280 recevront une autre alimentation.

On a déclaré la naissance de 76 morts-nés (dont 52 légitimes et 24 illégitimes).

Nécrologie. — Le Dr Picard (de Nancy), reçu en 1856. — Le Dr Legrand (de Paris), reçu en 1887. — Le Dr Sordet, de Saint-Germain-du-Plain (Saône-et-Loire), décédé à l'âge de 64 ans. — Le Dr Jourdan, de Cassis (Bouches-du-Rhône), décédé à l'âge de 71 ans.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La mort réelle et la mort apparente, *Nouveaux procédés de diagnostic et traitement de la mort apparente*, par le Dr S. Icard. (1 vol. in-12 avec gravures, cartonné à l'anglaise, 4 fr. — Ouvrage récompensé par l'Institut. - Paris, Félix Alcan, éditeur.)

DYSPEPSIES. — *Vin de Chassaing.* — Pepsine et Diastase.
ALIMENT DES ENFANTS. — Phosphatine Falières.
CONSTIPATION — Poudre laxative de Vichy.
NEUROSINE PRUNIER. — Phosphoglycérate de chaux-pur.

VIN AROUD (viande, quina et fer). — Régénérateur puissant pour guérir : **Chlorose, Anémie profonde, Menstruations douloureuses, Rachitisme, Affections scrofuleuses, Diarrhée.**

CAPSULES DARTOIS 0,05 véritable CRÉOSOTE de HETRE
CATARRHES, PHTISIE, TUBERCULOSE, 3 ou 4 à chaque repas

PILULES rhéo-ferrées VIGIER spéciales contre la constipation. 1 à chaque repas.

Le Gérant : A. Chevallereau

Paris. — Imp. Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.